QUELQUES

N° 92.

CONSIDÉRATIONS

SUR LA HERNIE INGUINALE

ET SON OPÉRATION;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 29 avril 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR F.-ALPHONSE SILVE, né à Seyne,

Département des Basses-Alpes;

Ex-interne des hôpitaux et hospices civils de Paris; Bachelier ès-lettres et ès-sciences.

Periculum in morâ.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN, *Examinateur.*
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Président.*
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX, *Examinateur.*
Pathologie médicale	FIZEAU. / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Examinateur.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. / CHOMEL, *Suppléant.* / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RECAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Berard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin, *Suppléant.*
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon, *Examinateur.*
Brongniart.	Piorry, *Examinateur.*
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions emises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AU MEILLEUR DES PÈRES,

ET

A LA PLUS TENDRE DES MÈRES.

Gage d'un amour sans bornes.

A MON ONCLE,

Curé à Folcarquier,

ET A MON FRÈRE,

Vicaire à Manosque.

Faible témoignage d'une reconnaissance éternelle.

A MON EXCELLENT AMI,

J.-B. BONNAFOUX.

Gage d'une inaltérable amitié.

F.-A. SILVE.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/quelquesconsider0000unse_m3x6

AVANT-PROPOS.

En choisissant pour sujet de ma thèse inaugurale la hernie inguinale, je ne prétend pas faire connaître des idées nouvelles sur l'histoire de cette maladie, qui fait le sujet des méditations des anatomistes les plus habiles et des chirurgiens les plus distingués de toutes les époques.

J'ai choisi ce sujet de préférence à un autre, afin de bien graver dans ma mémoire les préceptes des grands maîtres sur un des points les plus importans de la chirurgie, et qui exige de la part de l'homme de l'art les connaissances anatomiques les plus exactes et le jugement le plus solide, soit qu'il veuille mettre en pratique les moyens propres à paillier cette maladie, soit qu'il veuille tenter la herniotomie, lorsque les circonstances l'y obligent.

Je crois indispensable, avant de parler de la hernie inguinale et de son traitement, de donner une description exacte et succincte du canal inguinal. C'est surtout dans les connaissances anatomiques sur les hernies, et dans la manière de pratiquer l'opération que les chirurgiens modernes sont si supérieurs à leurs prédécesseurs; car, avant la publi-

cation des travaux de *Gimbernat*, de *Camper*, de *Lawrence*, de *L. Scarpa*, d'*Helselbach* et de M. *Jules Cloquet*, l'anatomie des hernies n'était connue que d'une manière imparfaite.

Je vais donc décrire le canal qui donne passage aux viscères dans la hernie inguinale; je ferai ensuite l'histoire abrégée de cette hernie, et j'exposerai enfin le procédé opératoire le plus employé lorsqu'on est obligé de pratiquer l'opération.

QUELQUES

CONSIDÉRATIONS

SUR LA HERNIE INGUINALE

ET SON OPÉRATION.

Anatomie.

On donne le nom de *canal inguinal* à un espace qui existe au-dessus du pli de l'aîne, dans l'épaisseur de la paroi antérieure de l'abdomen, et qui donne passage au cordon testiculaire dans l'homme et au ligament rond chez la femme.

Depuis long-temps le canal inguinal a été décrit d'une manière assez satisfaisante par *Riolan* fils ; mais c'est à MM. *Lawrence*, *Cowper* et *Jules Cloquet* que l'on doit la description la plus exacte et la plus minutieuse.

La direction du canal inguinal est oblique de haut en bas, de dehors en dedans et d'arrière en avant. Comme canal, il a deux pouces et demi environ de longueur, d'après M. *Velpeau*, et un pouce et demi d'après M. *Jobert* : cette longueur est pour ainsi dire nulle chez le fœtus. Ainsi non-seulement elle est très-variable selon les âges, mais encore elle n'est pas constante chez l'adulte ; ce qui se conçoit très-

bien par la différence, la longueur et l'étendue des parois de l'abdomen chez les différens individus. Chez la femme, la hauteur des parois de l'abdomen étant moindre que chez l'homme, il en résulte que le canal inguinal de ce dernier doit offrir plus de longueur.

La largeur du canal inguinal tient au nombre des parties qui le traversent; par conséquent elle doit être beaucoup plus considérable chez l'homme que chez la femme. En effet, chez cette dernière le canal inguinal n'est traversé que par le ligament rond, un prolongement du péritoine et par le *fascia propria*, sur lesquels il est exactement appliqué. Dans le canal inguinal de l'homme, au contraire, on rencontre le cordon des vaisseaux spermatiques, qui se compose de la veine, de l'artère spermatique et du canal déférent, du *fascia propria*, d'un prolongement du *fascia transversalis*, d'un prolongement du péritoine et d'un faisceau musculeux, c'est le crémaster.

D'après ces données, on ne doit pas s'étonner que l'homme soit plus souvent affecté de hernie inguinale que la femme, les viscères trouvant toujours plus de facilité à s'échapper par une large ouverture que par une qui a un bien moindre diamètre et qui est exactement appliquée sur les parties qui la traversent. Elles doivent aussi être beaucoup plus fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte, la direction du canal étant oblique dans ce dernier, et directe, ou du moins presque directe chez l'enfant. Le canal inguinal gauche et le droit paraissent avoir le même calibre; toutefois M. *Jules Cloquet*, dont l'autorité est d'un si grand poids, n'a voulu émettre aucune idée à ce sujet. M. *Jobert* paraît croire que le droit est un peu plus large que le gauche, ce qui pourrait expliquer la plus grande fréquence des hernies du côté droit.

Le canal inguinal offre deux ouvertures; une supérieure et interne, et une inférieure et externe. La première porte le nom d'*anneau inguinal interne*, tandis que l'externe est généralement appelée l'*anneau inguinal* proprement dit. On donne le nom de canal à l'intervalle qui existe entre ces deux ouvertures. D'après quelques anatomistes, on ne doit pas, rigoureusement parlant, regarder comme une

ouverture proprement dite l'orifice interne (ou anneau inguinal interne); car, disent-ils, le *fascia transversalis* n'est point divisé dans l'abdomen pour livrer passage au cordon testiculaire, mais il est renversé sur lui-même à la manière d'un doigt de gant, d'où il résulte qu'il embrasse le cordon des vaisseaux spermatiques et lui forme une gaîne.

Cette ouverture qui, dans son état naturel, est à peu près arrondie, est très-épaisse en dedans et assez mince en dehors. On rencontre l'artère épigastrique placée en dedans d'elle; en haut, elle est limitée par le bord inférieur du muscle transverse; en bas, par le muscle grand oblique.

Le cordon des vaisseaux spermatiques, dont les parties constituantes se réunissent au niveau de cette ouverture, est placé à son coté inférieur et externe. Cet orifice présente des différences dans sa largeur, sa forme et son diamètre, suivant les individus.

L'ouverture externe ou l'anneau inguinal proprement dit est à peu près triangulaire; ce triangle est disposé de telle sorte que sa base regarde le pubis, son sommet l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles. La base est formée par l'écartement des piliers de l'anneau au moment où ils s'insèrent à l'épine du pubis et à la symphyse de même nom; tandis que le sommet est constitué par les fibres aponévrotiques du grand oblique, à l'instant où elles commencent à diverger pour donner naissance à ces mêmes piliers de l'anneau inguinal, dont l'interne est formé par un large faisceau mince de fibres aponévrotiques du grand oblique qui suivent la direction des fibres charnues de ce muscle; ce faisceau se croise sur le pubis avec celui du côté opposé.

Le pilier externe est formé par les fibres aponévrotiques du grand oblique, qui paraissent exister par elles-mêmes et ne plus affecter la direction des fibres charnues, ce qui leur a fait donner le nom de ligament de *Poupart* ou de *Fallope*, ligament qui s'étend de l'épine antérieure et supérieur de l'os des îles jusqu'à l'épine du pubis; le sommet de l'anneau inguinal est émoussé, à cause des fibres transverses

aponévrotiques, qui, parties d'un pilier, vont rejoindre celui du côté opposé. Ces fibres sont très-bien disposées pour empêcher l'écartement de ces deux faisceaux aponévrotiques. Le petit diamètre de l'anneau inguinal est transversal, le grand est presque parallèle à l'arcade crurale.

Du contour de l'ouverture que je viens de décrire part un prolongement aponévrotique qui recouvre le cordon des vaisseaux spermatiques. Cet orifice peut présenter de grandes différences suivant les individus; chez la femme il est très-étroit : les piliers, chez cette dernière, sont aussi plus minces.

Le canal inguinal proprement dit, c'est-à-dire la portion intermédiaire aux deux ouvertures précédemment décrites, est presque toujours cylindroïde. Il présente quatre parois, qui ont été indiquées par plusieurs anatomistes célèbres, tels que MM. *Cowper, Lawrence, Jules Cloquet*, etc.

1°. La parois antérieure est immédiatement formée par le grand oblique, et médiatement par le *fascia superficialis* et la peau; elle est directement appliquée sur le petit oblique.

2°. La parois postérieure est constituée par le *fascia transversalis*, très-fort dans cet endroit, et qui semble destiné à contenir les muscles petit oblique et transverse. La face postérieure de cette parois peut être divisée en trois portions :

1°. La première, très-peu étendue, se trouve comprise entre l'ouverture postérieure du canal et l'artère épigastrique, et fait partie de la fossette inguinale externe ; c'est par la que se font les hernies inguinales externes ou obliques; l'artère épigastrique est alors placée en dedans du collet du sac herniaire.

2°. La seconde est limitée par l'artère épigastrique en dehors, l'ombilicale en dedans; elle correspond à la fossette inguinale interne; lorsque les viscères franchissent les parois abdominales par cet endroit, la tumeur qui en résulte est appelée *hernie inguinale interne.* Dans cette espèce de hernie, l'artère épigastrique est située au côté interne du sac.

3°. La troisième, enfin, s'étend de l'artère ombilicale au bord externe des tendons du muscle droit, et forme le fond d'une petite fossette triangulaire par laquelle les hernies peuvent se former. Dans ce cas les viscères sont obligés de se diriger légèrement en dehors pour sortir par l'orifice externe, autrement ils presseraient contre la face postérieure du pilier interne, et ne pourraient s'échapper que par l'éraillement des fibres qui composent cette bandelette. Quand cette hernie existe, elle est appelée inguinale directe.

3°. La parois supérieure, à la rigueur n'existe point; elle n'est formée que par des fibres du muscle petit-oblique qui remplissent l'espace laissé entre le *fascia transversalis* et le grand oblique. Dans cet endroit les lames aponévrotiques sont unies d'une manière si lâche, que si l'on ne prenait pas des précautions en réduisant les viscères, on pourrait se fourvoyer et donner lieu à des accidens graves, tels que des abcès, ou à un second étranglement.

4°. La dernière parois ou l'inférieure, est formée par le ligament de *Fallope*, sorte de gouttière constituée en avant par le grand oblique, en arrière par le *fascia transversalis*, qui n'est véritablement que la continuation du premier recourbé sur lui-même. Cette parois est d'autant plus apparente qu'elle s'approche davantage de l'anneau inguinal; elle ne l'est presque pas près de l'épine iliaque; c'est contre cette parois, qui est sans contredit la plus résistante, que se trouve appliqué le cordon des vaisseaux spermatiques.

On voit, d'après ce que je viens de dire, que le canal inguinal est formé : 1°. par l'aponévrose du grand oblique; 2°. par le *fascia transversalis;* 3°. le petit oblique et le transverse. Je me contente d'énumérer ici ces parties constituantes du canal inguinal, sans donner une description particulière de chacune d'elles. J'en ferai de même pour les parties qui le traversent, qui sont par ordre de superposition de dehors en dedans : 1°. le crémaster; 2°. la gaîne propre du cordon; 3°. le *fascia propria;* 4°. la tunique vaginale ou son rudiment; 5°. le cordon des vaisseaux spermatiques, qui se compose lui-même du conduit déférent, de l'artère et de la veine spermatiques, de la

gaîne de ces mêmes vaisseaux, de nerfs et d'une artériole fournie par l'artère épigastrique.

De la hernie.

On donne le nom de *hernies inguinales* à des tumeurs indolentes, sans changement de couleur à la peau, formées par la sortie des viscères contenus dans l'abdomen au travers du canal inguinal, soit qu'ils le traversent ou qu'ils ne le rencontrent qu'à son ouverture inférieure; dans ce cas, les organes herniés ne sortent que par l'anneau.

Les viscères abdominaux peuvent, d'après cela, sortir de la cavité qui les contient par l'orifice supérieur du canal inguinal ou par un espace triangulaire décrit par *Helselbach*, et qui est limité en dedans par le muscle droit, en dehors par l'artère épigastrique, et en bas par l'arcade crurale; ils peuvent encore érailler et écarter l'un des piliers de l'anneau inguinal, s'échapper de la cavité abdominale, former à l'extérieur une hernie du genre précédent. Cette division appartient à *Helselbach;* elle est de la plus grande utilité lorsqu'on veut pratiquer le taxis ou herniotomie.

La première espèce, c'est-à-dire la hernie inguinale externe, a été divisée elle-même en *complète* et en *incomplète*, selon que les organes ont traversé tout le trajet du canal ou qu'ils sont encore contenus dans son intérieur. Les premières portent le nom de *scrotales* chez l'homme, et de *vulvaires* chez la femme; car, en dernière analyse, les viscères s'arrêtent dans le scrotum chez l'homme, et la vulve chez la femme. Les incomplètes portent encore le nom de *bubonocèles.*

D'après le relevé des hernies observées par M. *Jules Cloquet*, la hernie inguinale externe est à l'interne comme 203 : 86; il est facile de s'expliquer cette plus grande fréquence par la disposition anatomique des parties. Les hernies inguinales sont de toutes les plus fréquentes, elles sont aux autres comme 5 : 1, on les remarque plus souvent à droite qu'à gauche. La nouvelle société herniaire de Londres a estimé que le rapport des hernies inguinales du

côté droit était à celles du côté gauche comme 51 : 34. On a attribué cette plus grande fréquence à la pression exercée par le foie sur les intestins du côté droit, à la situation du mésentère naturellement incliné de gauche à droite, à l'habitude de se servir du bras droit de préférence au gauche pour les exercices les plus pénibles. Quelques chirurgiens l'ont attribuée à la plus grande largeur du canal du côté droit.

J'ai dit, en parlant de la largeur du canal inguinal, qu'elle était plus considérable chez l'homme que chez la femme ; ainsi la hernie qui fait le sujet de cette dissertation est bien plus fréquente chez le premier que chez la seconde. Sur 4,070 cas de hernies inguinales, la Société des bandagistes de Londres a remarqué qu'il y avait 4,036 hommes et 34 femmes.

Lorsque la hernie inguinale externe survient presque immédiatement après la naissance, les viscères descendent dans la tunique vaginale du testicule, dont la communication avec le ventre n'est point oblitérée; cette oblitération peut ne pas s'effectuer avant l'âge de vingt-cinq ou trente ans, de là résulte que les hernies congénitales peuvent se former spontanément à l'âge de vingt-cinq à trente ans; j'ai eu occasion d'en observer un cas à l'hôpital Saint-Antoine.

Lorsque l'oblitération dont je viens de parler a eu lieu, au moment où la hernie externe se développe, alors le péritoine est poussé en avant par les parties déplacées, et leur sert ainsi de sac herniaire. Cette portion du péritoine, qui représente une sorte d'infundibulum, est entourée de toutes parts par un prolongement du tissu cellulaire qui lui est extérieur, et par le *fascia transversalis*, qui lui sert de limites de tout côté.

Les rapports de ce sac herniaire fourni par le péritoine avec le cordon des vaisseaux spermatiques et l'artère épigastrique sont les suivans : le cordon est situé en arrière de l'orifice du sac, et l'artère épigastrique est constamment placée en dedans ; il suit de là que les viscères déplacés sont situés au-dessus du cordon des vaisseaux spermatiques, et que l'artère épigastrique, d'abord située derrière

le cordon testiculaire, se porte ensuite derrière le col du sac herniaire, et bientôt se place à son côté interne : c'est du moins ce qui résulte des recherches des plus habiles anatomistes. Ces rapports sont les mêmes, soit que la hernie soit complète ou incomplète, congénitale ou accidentelle. Chez la femme, il en est de même que chez l'homme; seulement, au lieu du cordon spermatique on rencontre le ligament rond, ensuite chez elle il n'existe pas de muscle crémaster, par conséquent les parties herniées sont recouvertes d'une couche de moins.

Lorsque le sac herniaire a franchi l'anneau, il descend dans le scrotum chez l'homme, et il s'arrête au-devant du testicule, à l'endroit même où les vaisseaux qui composent le cordon spermatique pénètrent dans cet organe. Le sac herniaire s'engage dans le tissu cellulaire qui uni les vaisseaux spermatiques au muscle crémaster, distend ce tissu, et se couvre de l'enveloppe musculo-celluleuse du cordon et du testicule. Voici les enveloppes qui recouvrent ordinairement les parties herniées dans la hernie inguinale externe; 1°. la peau; 2°. le *fascia superficialis;* 3°. un prolongement fibreux qui se détache du bord de l'anneau inguinal externe : on rencontre entre cette dernière couche et la peau les artères honteuses externes, qui acquièrent quelquefois un grand calibre; 4°. au-dessous du prolongement fibreux dont je viens de parler se présente le crémaster; 5°. la gaîne propre du cordon; 6°. le tissu cellulaire extérieur au péritoine, et enfin le sac herniaire, qui se trouve en contact avec les parties déplacées.

Il n'est pas besoin de dire que toutes ces différentes couches que je viens d'énumérer peuvent présenter des différences variables dans leur épaisseur, leurs adhérences mutuelles, épaisseurs et adhérences qui sont d'autant plus considérables que les hernies sont plus anciennes.

Quoique je n'insiste point sur l'anatomie pathologique de ces différentes enveloppes, je crois ne pas devoir laisser passer sous silence les changemens qui peuvent survenir dans la position du cordon des

vaisseaux spermatiques, et dans les rapports des parties constituantes de ce même cordon entre elles.

Dans les hernies anciennes et volumineuses, les parties qui composent le cordon des vaisseaux spermatiques peuvent s'écarter, se séparer; de manière que tantôt les vaisseaux spermatiques sont placés en arrière et au côté interne de la tumeur herniaire, et le conduit déférent à sa partie antérieure et à son côté interne; c'est ce qu'ont observé *Camper* et *Hey;* d'autres fois, le conduit déférent se trouve au côté externe de la tumeur, le cordon des vaisseaux spermatiques conservant leur position ordinaire. *Cooper* a observé un cas de ce genre. *Blisard, Ledran* et *Schumcker* ont vu le cordon testiculaire sur la région antérieure du sac. La connaissance de ces changemens est très-importante pour le chirurgien; elle lui indique combien il doit apporter de ménagemens quand il opère une hernie inguinale volumineuse, pour ne point léser des parties qu'il est essentiel de respecter. Le célèbre professeur de Pavie a parfaitement décrit le mécanisme qui préside à ce changement de position et à cet isolement. La pression long-temps prolongée des parties herniées sur le tissu cellulaire qui enveloppe les vaisseaux spermatiques, aplatit ce tissu, le distend. De là résulte le changement de position des vaisseaux par rapport au sac herniaire.

En parlant des rapports du cordon testiculaire et de l'artère épigastrique avec le sac herniaire dans les hernies inguinales externes, je n'ai pas désigné les rapports de ces mêmes parties dans la hernie inguinale interne, dont les enveloppe, comme on va le voir, sont moins nombreuses que dans la première.

J'ai déjà dit que les hernies inguinales internes se faisaient dans l'espace si bien décrit par *Helselbach*, et qui est limité par l'artère épigastrique en dehors, les muscles droits en dedans, et le ligament de *Poupart* en bas. Je comprendrai sous la même dénomination les hernies observées par *J. -L. Petit*, *Callisen* et M. *Dupuytren*. Ces auteurs ont vu des hernies dans lesquelles les viscères avaient traversé les fibres aponévrotiques en dehors de l'anneau, et au travers

de ses piliers. M. *Jules Cloquet* a déposé, dans les cabinets de l'École, des sacs herniaires qui avaient passé au travers des éraillemens des piliers.

Les viscères sont toujours entourés, dans les hernies internes, par un prolongement du péritoine qui forme le sac herniaire, et qui sort brusquement de la cavité abdominale. Ce sac est toujours accompagné par son tissu cellulaire extérieur; il est quelquefois enveloppé par le *fascia transversalis*, qui, dans cette circonstance, est poussé devant les viscères. *Lawrence* a trouvé cette membrane aponévrotique recouvrant le sac ; elle était sans rupture, et avait augmenté d'épaisseur. Quelquefois le *fascia transversalis* est déchiré, et alors il n'entoure qu'incomplètement le sac herniaire. Enfin, plus en dehors, on rencontre le cordon des vaisseaux spermatiques entouré du crémaster, qui ne l'enveloppe pas comme dans la hernie inguinale externe. Le *fascia superficialis* et la peau forment les couches les plus extérieures.

L'artère épigastrique est toujours placée en dehors du collet du sac herniaire ; sa position est à peu près la même que celle qu'elle a dans l'état normal; cependant, on pourrait la rencontrer en dedans du collet du sac herniaire ; mais ce n'est que lorsque ce vaisseau naît de l'artère obturatrice. Un cas de cette espèce a été rapporté par *Helselbach.*

Le cordon est situé au devant et en dehors du sac, le long de son côté externe; les rapports du cordon des vaisseaux spermatiques peuvent, dans cette hernie, varier de position, comme dans l'externe; en effet, *Lawrence* cite un cas où il était situé en arrière.

Presque tous les organes contenus dans l'abdomen peuvent concourir à la formation des hernies inguinales; cependant l'épiploon et l'intestin grêle, réunis ou sortis isolément, sont les organes que l'on rencontre le plus fréquemment : de là vient la dénomination des *hernies inguinales*, *entérocèle*, *épiplocèle*, et *entéro-épiplocèle ;* viennent ensuite, par ordre de fréquence, le cœcum à droite, l'S iliaque du colon à gauche; le colon lombaire droit et gauche, qui ne sont entraînés dans le sac que consécutivement ; enfin, les hernies inguinales

peuvent être formées par la vessie, la matrice et ses annexes. Il peut quelquefois arriver que les parties placées du côté gauche se présentent à l'anneau inguinal droit, et *vice versâ*.

Les hernies inguinales sont enveloppées d'un prolongement du péritoine, connu sous le nom de *sac herniaire*. Ce sac herniaire présente un orifice qui correspond à l'ouverture supérieure du canal inguinal, et qui est très-variable dans sa forme, dans sa largeur et dans son épaisseur. (Je parle ici de l'orifice du sac dans la hernie externe.) Dans l'interne il correspond à la fossette interne. Cet orifice est suivi du collet, qui peut être plus ou moins long et large dans la hernie externe, mais qui est presque nul en longueur dans l'interne : ce collet est le plus souvent unique dans l'une et l'autre espèce de hernie; quelquefois il y en a plusieurs; enfin, à ce collet succède le fond du sac herniaire, qui peut conserver son épaisseur ordinaire ou en augmenter.

Le sac herniaire n'existe pas dans toutes les hernies qui se forment par l'anneau inguinal : lorsque c'est le cœcum et l'S iliaque du colon qui forment hernie, on ne rencontre qu'un sac incomplet, qui est situé sur leur partie antérieure et latérale. *Scarpa*, *Desault* et *Chopart* ont vu la partie dépourvue de sac placée en avant, ce qui peut exposer le chirurgien à blesser l'intestin dans l'opération de ces hernies, croyant toujours trouver le sac, qui n'existe point dans l'endroit où ils le cherchent. Ces hernies, qui avaient été désignées par *Arnaud*, *Petit* et *De Monteggia*, n'ont été bien décrites que par *Scarpa*. Les hernies inguinales, tant externes qu'internes, peuvent exister d'un seul côté ou des deux à la fois; il n'est pas très-rare de voir les deux espèces exister d'un même côté. Une hernie interne ou une hernie externe peut exister avec une congénitale : ces cas ont été observés par *Arnaud* et *Sandifort*.

Causes. Les causes des hernies sont *prédisposantes* ou *efficientes*.

Les premières favorisent la sortie des viscères; elles tiennent tantôt à la disposition de ces mêmes viscères, tantôt à celle des parois ab-

dominales. La mobilité des viscères, leur peu de volume, leur situation dans la partie inférieure de la cavité abdominale et près de l'anneau inguinal favorisent leur déplacement. On peut en dire autant du déplacement considérable de certains organes. L'allongement et le relâchement du mésentère ont été reconnus comme cause principale de la hernie inguinale par *Warton*, *Bénévoli*, *Roscius Brender*, *Morgagni;* tandis que plusieurs chirurgiens non moins célèbres, parmi lesquels on compte *Scarpa*, pensent qu'ils n'en sont que l'effet, etc., etc.

Parmi les causes efficientes, c'est-à-dire celles qui déterminent la sortie des viscères, on doit ranger toutes les puissances capables de pousser les viscères du ventre contre les parois de cette cavité, ou ces mêmes parois contre les viscères. En effet, dans l'état de santé, l'abdomen est soumis à deux forces opposées qui se balancent réciproquement : la première est la pression des organes contenus dans l'abdomen contre les parois de cette cavité; la seconde est la réaction de ces mêmes parois sur les organes qu'elles contiennent. Il est reconnu que si ces deux forces étaient dans un équilibre parfait chez tous les individus et dans toutes les circonstances de la vie, l'homme ne serait jamais exposé aux hernies; si, lorsque l'équilibre de ces deux forces vient à manquer, les parois de l'abdomen cédaient également dans tous les points à l'impulsion des viscères, le ventre augmenterait dans toute son étendue, et il ne se formerait pas de hernie. Mais comme il y a quelques points dans l'étendue des parois du ventre qui présentent moins de résistance que les autres, si une contraction violente et simultanée des parois abdominales et du diaphragme vient à avoir lieu, la cavité de l'abdomen diminue dans tous les sens; les viscères, partout pressés, doivent chercher à s'échapper par les endroits qui leur offrent moins de résistance : ces endroits sont ordinairement le canal inguinal chez l'homme, et le canal crural chez la femme. D'ailleurs, quelles que soient les causes des hernies inguinales, tantôt ces hernies se forment lentement et d'une manière graduée, tantôt elles arrivent promptement. Lorsque la cause prédispo-

sante existe à un faible degré, il est rare que la cause efficiente agisse avec assez de force pour déterminer à elle seule la hernie tout d'un coup ; le contraire a lieu lorsque cette cause existe à un haut degré.

Symptômes. Les hernies inguinales sont des tumeurs indolentes, sans changement de couleur à la peau, se réduisant avec facilité dans la position horizontale, paraissant promptement dans l'attitude verticale. La hernie inguinale externe a une direction oblique : tant que les organes déplacés sont contenus dans le trajet du canal, la tuméfaction est peu considérable, parce qu'ils se trouvent comprimés par les parois de ce même canal; mais dès qu'ils ont franchi l'anneau, ils forment une tumeur plus ou moins apparente. Quelquefois elle est assez volumineuse pour descendre jusqu'au milieu de la cuisse : alors la peau des parties génitales est entièrement envahie, de telle sorte que l'individu qui en est affecté est inapt au coït. J'ai dit que la hernie inguinale externe était oblique; mais, lorsqu'elle existe depuis long-temps, qu'elle est très-volumineuse, elle devient directe; les côtés internes de l'orifice interne du canal et le côté externe de l'anneau externe étant tirés en sens inverse, il est clair que le canal doit, à la longue, se redresser, et les deux orifices se trouver en face l'un de l'autre.

Les symptômes varient encore suivant que la hernie est formée par l'intestin seul, l'épiploon lui-même, ou ces deux organes à la fois. Lorsque c'est un entérocèle, la tumeur est uniforme, élastique, et se réduit en produisant des gargouillemens : ce dernier phénomène n'a point lieu, d'après les auteurs, dans la hernie interne; cependant mon ami *Jobert* (de Lamballe) l'a observé. La tumeur est pâteuse, et se réduit avec plus de difficulté si elle est formée par l'épiploon. Enfin, si la hernie est un entéro-épiplocèle, elle se reconnaît à la combinaison des phénomènes précédens.

La hernie externe est ordinairement cylindroïde, tandis que l'interne est globuleuse et plus en dedans que la première.

Diagnostic. Il sera toujours facile de distinguer les hernies inguinales d'avec l'hydrocèle du cordon : ce dernier se trouvant à nu dans la plus grande partie de son étendue, peut être exploré dans tout son trajet; dans l'hydrocèle, la tumeur aura commencé par la partie la plus déclive, ensuite elle sera transparente et irréductible.

Dans l'hydrocèle de la tunique vaginale, le testicule est placé en arrière et en bas, tandis que dans la hernie inguinale le sac herniaire s arrête au-dessus et au-devant de lui. Lorsque des tumeurs graisseuses se développent le long du cordon, qu'elles pénètrent même dans l'abdomen, elles simulent quelquefois une hernie inguinale externe; mais alors, en faisant tousser le malade, la tumeur n'éprouve aucun mouvement; ensuite elle est irréductible. Un cirsocèle se distinguera d'une hernie inguinale, en apprenant que la tumeur a commencé par sa partie la plus déclive; ensuite on la trouvera noueuse, présentant des circonvolutions vermiformes, qui ne sont autre chose que des dilatations variqueuses.

L'absence du testicule dans le scrotum fera bientôt soupçonner qu'une tumeur placée dans le trajet du canal inguinal n'est autre chose que cet organe; ensuite si l'on presse légèrement cette tumeur, le malade ressent une sensation douloureuse, qui fera bientôt changer les soupçons en un diagnostic réel.

Le poids du sarcocèle, le genre de douleur qu'il occasione, son développement déclive, ne permettent pas de le confondre avec la hernie.

Prognostic. Les hernies inguinales sont une maladie moins grave chez l'enfant que chez l'adulte : d'abord, parce qu'elles sont moins sujettes à l'étranglement; ensuite, parce qu'on peut en obtenir la guérison, tandis que chez l'adulte cette guérison est très-rare. En effet, chez l'enfant les deux ouvertures du canal inguinal vont toujours s'éloignant l'une de l'autre par l'effet de l'accroissement, tandis que chez l'adulte cet accroissement est nul ou presque nul. Chez le vieillard, il n'existe plus aucun espoir de guérison radicale. Il sera

aussi plus difficile d'obtenir cette cure radicale d'une hernie inguinale interne que d'une externe ; en effet, on ne peut augmenter l'épaisseur du *fascia transversalis*, qui est primitivement très-faible, ni remplacer une portion aponévrotique qui a été détruite.

Traitement. Les hernies inguinales épiploïques peuvent être guéries de plusieurs manières différentes, soit qu'elles soient externes ou internes, et qu'elles aient lieu chez l'enfant ou chez l'adulte. Lorsqu'elles sont externes, chez les jeunes enfans, elles peuvent être guéries par le mécanisme que j'ai déjà cité, et qui est basé sur l'accroissement et l'élargissement du bassin. L'épiploon peut s'enflammer, former une sorte de tampon, et s'opposer de cette manière à la sortie de nouveaux viscères, de sorte qu'une nouvelle hernie n'est plus à redouter.

Cure palliative des hernies. Les moyens employés pour obtenir une cure palliative des hernies consistent à réduire les viscères et à les maintenir réduits.

Pour mettre en usage cette méthode, qui est la seule employée en ce moment, on commence par faire placer le malade dans une position horizontale sur le bord de son lit ; ensuite les jambes seront fléchies sur les cuisses, et celle-ci sur le bassin, pour que les muscles de l'abdomen soient dans un parfait relâchement. Souvent il suffit de cette position pour que les viscères rentrent d'eux-mêmes sans aucune tentative de taxis. Quoi qu'il en soit, le chirurgien embrasse la tumeur d'une main passée sous la cuisse ; il comprime régulièrement la hernie comprise entre les doigts rassemblés, de manière qu'avec la paume de la main ils forment une espèce de cône ; de cette sorte on dissémine le gaz et les matières fécales, ce qui facilite la réduction ; on promène alors la tumeur en différens sens, comme si l'on voulait faire glisser les viscères les uns sur les autres et leur faire chercher l'ouverture inguinale. La main libre est appliquée sur le collet du sac, pour empêcher les viscères de ressortir à mesure qu'ils rentrent ; on est averti de leur rentrée par la disparition subite de la tumeur.

La hernie étant réduite, on doit la contenir par le moyen d'un bandage élastique exactement appliqué. Chez l'enfant, dont les tissus sont très-minces, on emploie un appareil qui exerce une douce compression, composé de compresses pliées en triangle, que l'on applique sur l'ouverture par laquelle se sont échappés les viscères, et que l'on contient par un bandage inguinal.

Il arrive quelquefois, dans la hernie congénitale, que le testicule est adhérent au viscère que l'on vient de réduire, et qu'il s'arrête à l'anneau ; quelques chirurgiens conseillent de le soutenir dans cette position par le moyen d'une pelote concave. Si l'anneau est assez large, M. *Boyer* veut qu'on le fasse pénétrer dans l'abdomen. Si on ne pouvait comprimer ni réduire le testicule, à cause de la violence des douleurs, on pourrait avoir recours à la destruction des adhérences.

On a conseillé, du temps de *Dionis*, la castration comme moyen curatif.

Des chirurgiens ont conseillé de traverser la peau avec une aiguille armée d'une ligature, et d'embrasser, avec cette membrane, le sac herniaire et le cordon testiculaire, et d'exercer ensuite une compression méthodique jusqu'à ce que toutes ces parties eussent été coupées.

A ces méthodes meurtrières et inefficaces on en a fait succéder d'autres, telles que le point doré, la suture royale, l'incision du sac, la cautérisation, qui paraissent d'abord moins dangereuses, mais qui n'ont pas moins été bannies, et avec juste raison, du cadre des méthodes chirurgicales.

Mon avis est donc qu'on ne doit inciser le sac et réduire les organes qu'il renferme que lorsqu'il existe des accidens assez graves pour que l'opération soit jugée nécessaire.

Les hernies inguinales peuvent, comme toutes les autres tumeurs de la même nature, être accompagnées de complications; les plus ordinaires de ces complications sont : des douleurs plus ou moins vives, des adhérences, des corps étrangers, l'étranglement et la gangrène. Je ne fais que citer ces complications sans les décrire, mon but n'étant maintenant que de tracer les procédés opératoires employés pour faire cesser l'étranglement aigu.

L'herniotomie doit être mise en usage dans les cas d'étranglement aigu de la hernie inguinale, toutes les fois que les symptômes graves qui accompagnent cette complication se manifestent, et que le taxis et les autres moyens que l'on a coutume d'employer dans pareille circonstances ont été infructueux.

Un grand nombre de procédés ont été tour à tour préconisés pour le débridement du collet du sac herniaire et de l'anneau par lequel les parties herniées ont franchi les parois abdominales.

Franco, contemporain d'*Ambroise Paré*, qui le premier a proposé de faire cesser l'étranglement au moyen de l'opération, avait conseillé de débrider l'anneau et de réduire la hernie sans ouvrir le sac.

On a ensuite conseillé d'ouvrir le sac et débrider aussitôt après l'anneau.

Enfin *Thévenin* a conseillé d'agrandir l'anneau par le moyen d'un dilatatoire : cette méthode a été mise en pratique par *Leblanc*.

De ces trois méthodes, la seconde seule est maintenant mise en usage, encore a-t-elle été et est-elle en ce moment le sujet de controverse entre les chirurgiens, relativement a la manière d'ouvrir le sac, à la manière de débrider l'anneau, et enfin au point où cette ouverture et ce débridement doivent avoir lieu.

Ouverture du sac. Franco, qui de prime-abord avait conseillé de ne point ouvrir le sac, et qui, plus tard, adopta cette méthode, s'exprime ainsi : « Favdra procéder par ce moyen : assauoir prendre le didyme et le coopper tant bellement sur l'ongle, comme auons dit, « en éléuant les membranes du didyme avec crochets, et le cooper « jusqu'aux intestins. »

Dionis veut qu'on déchire avec le déchaussoir les membranes qui enveloppent la tumeur, et qu'on évite de se servir d'instrumens tranchans, de peur de blesser l'intestin, et qu'on ouvre avec précaution la poche, qui contient cet organe en employant le déchaussoir.

Ledran veut qu'on pince le sac herniaire avec deux doigts, et qu'on y fasse ensuite avec des ciseaux une ouverture suffisante pour y passer la sonde canelée.

Louis dit qu'on ne doit pas éprouver plus de difficulté à ouvrir le sac herniaire qu'à inciser la peau, et qu'il n'y a aucun inconvénient à pousser d'un seul coup une sonde canelée entre ses feuillets.

Richter, *Dessault*, *Lassus*, *Sabatier*, et la plupart des chirurgiens modernes ont adopté la méthode de *Franco*, en modifiant plus ou moins son procédé opératoire.

M. *Marjolin* conseille de pénétrer dans le sac par le tiers inférieur de la face antérieure de la hernie, à cause de la sérosité que l'on rencontre souvent en cet endroit, sérosité qui éloigne de la paroi du sac les parties herniées. M. *Dubois* veut qu'on incise sur les petites bosses qu'on rencontre quelquefois sur la surface du sac. En général, on conseille d'inciser là où il y a de la fluctuation.

Incision de l'anneau inguinal. Les procédés pour faire l'incision de l'anneau inguinal sont moins nombreux. Je n'en connais que deux : celui de *Rousset*, qui proposait d'inciser, à deux travers de doigt au-dessus de la tumeur, la peau, le tissu cellulaire et les muscles de l'abdomen ; de pénétrer avec précaution dans la cavité du péritoine ; de débrider ensuite l'anneau du grand oblique, au moyen d'un bistouri introduit par la plaie du ventre. Il dit avoir vu pratiquer cette opération avec succès. *Pigray* et *Job* ont adopté ce procédé, qui a été rejeté par *Fabrice de Hilden*. *Heister* rapporte que *Cheselden* et *Skmalzius* l'ont pratiquée.

Franco débridait directement en haut, après avoir incisé le sac herniaire, et introduisait dans dans son intérieur une petite sonde de bois arrondie d'un côté, et plate de l'autre.

Débridement de la hernie inguinale. Les prodédés conseillés pour pratiquer ce débridement sont nombreux.

Garengeot, *Heister*, *Dejean* veulent qu'on divise le pilier supérieur ; *Juncher*, *Dionis* et *Lafaye* veulent qu'on opère sur l'inférieur.

La situation du cordon des vaisseaux spermatiques et de l'artère épigastrique guidait *Desault*. Ce célèbre chirurgien débridait en

dehors, si le cordon était placé derrière le sac herniaire; en haut et en dedans, si le cordon était placé au devant ou au côté externe du sac.

L'illustre *Scarpa* veut que l'on débride parallèlement à la ligne blanche, dans tous les cas, et que l'on ne fasse qu'une petite incision. M. *Boyer* débride l'anneau à son angle supérieur et externe.

Le procédé du professeur de Pavie étant généralement pratiqué, je vais le décrire. L'opération étant décidée, le malade bien disposé, les aides choisis et l'appareil préparé, le chirurgien, tenant son bistouri en troisième position, fait aux tégumens une incision parallèle au grand axe de la tumeur; cette incision devra s'étendre depuis la partie supérieure jusqu'à la partie inférieure de la tumeur; elle pourra même se prolonger un peu au-dessus de l'ouverture qui a livré passage aux organes herniés; ce qui facilitera le débridement du sac et de l'anneau; elle ne devra jamais descendre plus bas que la partie inférieure de la tumeur, sans quoi on pourrait blesser la tunique vaginale.

La peau étant divisée, le chirurgien devra procéder à l'incision des différentes couches qui recouvrent le sac; il les soulèvera une à une avec des pinces à disséquer, et introduira au-dessous d'elles une sonde cannelée, qui le facilitera pour pratiquer leur division et garantira les organes déplacés de toute lésion.

Arrivé au sac, qu'il reconnaîtra à son aspect cotonneux, à sa transparence, il le saisira dans le point le plus fluctuant, et le coupera de la même manière que les autres lames déjà divisées.

Aussitôt ce sac ouvert, il s'en écoule une certaine quantité de sérosité, dont l'odeur et la couleur sont variables. On aura soin de l'inciser dans toute son étendue, surtout inférieurement, pour prévenir toute accumulation de pus.

Pendant l'incision des lames interposées contre la peau et le sac, on divise les artères honteuses externes, qu'on devra lier aussitôt, si elles donnent du sang en assez grande quantité pour faire craindre une hémorrhagie; ensuite le chirurgien ne sera pas gêné

pendant l'opération. Quelques chirurgiens modernes conseillent de les tordre ; mais je crois que cette torsion, qui pourrait être pratiquée ici mieux que dans toute autre circonstance, doit être rejetée du domaine chirurgical, ou du moins elle ne devra être mise en usage que lorsque des essais plus nombreux auront constaté son efficacité.

Lorsque l'on est arrivé aux viscères herniés, il suffit quelquefois de les presser légèrement, et par ce moyen de disséminer les gaz et les matières fécales dans un grand espace pour en obtenir la réduction sans débridement. Ces cas heureux sont rares; ainsi il faudra presque toujours débrider.

Le doigt index sera introduit dans la plaie, afin de reconnaître le siége de l'étranglement, qui, une fois reconnu, sera incisé. L'opérateur glisse le bistouri boutonné de *Cooper* à plat sur la pulpe du doigt qui lui sert de conducteur, et le retourne une fois arrivé sous l'étranglement, de sorte que le tranchant est dirigé contre lui; puis avec le même doigt il presse sur le dos de cet instrument, qui alors coupe les parties les plus saillantes. Le débridement est annoncé par le relâchement de l'anneau. Si on n'a pas assez incisé la première fois, on y revient une seconde, afin que la dilatation soit assez grande pour que les organes déplacés puissent être réduits.

L'opération étant terminée, la plaie qui en résulte sera pansée comme une plaie simple, et réunie par première intention à l'aide de bandelettes agglutinatives, de compresses graduées sur les côtés, pour maintenir rapprochés les bords de la plaie, et de quelques compresses; le tout étant maintenu par un bandage inguinal ou le *spica* de l'aine. Ce mode de pansement n'expose point les viscères abdominaux au contact de l'air, et prévient par conséquent les péritonites, et, de plus, la formation des abcès dans le tissu cellulaire ambiant.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Qui sanguinem spumosum exspuunt, his ex pulmone talis rejectio fit.

II.

Quibus in urinâ arenosa subsident, illis vesica calculo laborat.

III.

Erysipelas foris quidem introverti, non bonum; intùs verò foràs, bonum.

IV.

Quibus occulti cancri fiunt eos non curare melius est, curati enim citò pereunt, non curati verò longius tempus perdurat.

V.

Circa puris generationes dolores et febres magis accidunt, quam ipso facto.

VI.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum.